



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

케어 플랜 정보 요청서

REQUEST FOR INFORMATION FOR THE PLAN OF CARE

날짜

수신:

제목:

귀하

은(는) 웨이버를 통해 발달장애부(DDD)로부터 서비스를 받고 있습니다. 이들 서비스를 계속해서 받으시려면 매년 웨이버 케어 플랜(Plan of Care)을 완성하셔야만 합니다.

케어 플랜 회의 일정은 입니다. 플랜을 개발하는데 귀하의 참여와 의견은 참으로 중요합니다. 케어 플랜 개발에 고려되는 사항인 다음과 같은 정보를 제공해 주시면 본 업무에 도움이 될 것입니다.

- ☐ 14-012(동의서) 동봉.
☐ 귀하는 DDD 계약 서비스 제공자이기 때문에 HIPAA 에서 14-012(동의서)를 필요로 하지 않습니다.

본 정보를 제공할 수 없거나 질문이 있으시면 본 서신을 받으신 후 **십(10)일 이내**에 제게 연락하시기 바랍니다.

본 서신에 DDD 웨이버와 서비스 내용이 동봉되어 있습니다. 질문이나 문제가 있으시면 전화하십시오.

감사합니다.

케이스 매니저 이름

직책

전화번호(지역번호 포함)

이메일 주소

Instructions For Requesting Information For POC

When do I use this form?

You use this forms to request written input from others who will not be expected to attend the POC meeting but have information that is needed. For example, a teacher or counselor will have information you need to develop a POC but they may not be able to attend the meeting.

When do I need a client consent form to exchange information?

No additional client consent or authorization is required if the provider is contracted with DSHS, they are our "Provider" and can provide us written information related to the services we purchased.

Schools and Medical professionals will likely require the client/legal representative to authorize release of information that was not produced under contract with DDD/DSHS.

What if I get no response?

You will want to follow up by telephone if you do not get any response. It may also be appropriate to ask the family to follow up with the agency/person. For instance, if the family is requesting more therapy for their child, they have an interest in our having the therapist's information and recommendation.

In some cases, you will not be able to authorize additional services without information from the provider and you will have to address that need and action plan in the POC.